



UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

[miejsce na logo innej uczelni/ instytutu wspólnie prowadzącego studia podyplomowe]

[NAZWA INNEJ UCZELI/INSTYTUTU WSPÓLNIE
PROWADZĄCEGO STUDIA PODYPLOMOWE]

ŚWIADECTWO

UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pan(i) [imię, drugie imię, nazwisko]

Urodzony(a) dnia [DD-miesiąc-RRRR] roku w [nazwa miejscowości]

Ukończył(a) w roku [RRRR] studia podyplomowe trwające [liczba] semestry

pn. [nazwa]

z wynikiem: [uzyskany wynik]

pieczęć
urzędowa
uczelni

pieczęćka imienna i podpis
kierownika podmiotu
współprowadzącego studia lub osoby
przez niego upoważnionej

A A 0000000

pieczęć
urzędowa
uczelni

pieczęćka imienna i podpis
Rektora UMB

P R K VII

Kwalifikacja pełna na poziomie
siódmym Polskiej Ramy Kwalifikacji
i europejskich ram kwalifikacji

Nr świadectwa 00000

Białystok, dnia 30 maja 2020 roku

L.p.	Nazwa przedmiotu	Liczba godzin zajęć teoretycznych	Liczba godzin zajęć praktycznych	Liczba punktów ECTS
	Razem:			